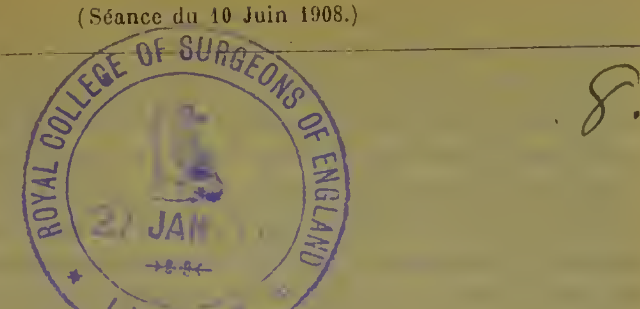
Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.*
(Séance du 10 Juin 1908.)



Traitement de la fracture de l'olécrâne, par le massage et la mobilisation, observation présentée par M. LENORMANT.

Rapport de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Je me suis chargé de vous faire un rapport sur une observation très intéressante due à notre collègue M. Lenormant.

Cette observation n'a rien de bien compliqué, mais elle me paraît marquer un progrès des plus importants dans la pratique chirurgicale.

Pour moi c'est un fait aussi banal que possible. C'est un cas de fracture de l'olécrâne traité par le massage et sans appareil, suivi d'une guérison, d'une consolidation parfaite et de la restitution intégrale et rapide de tous les mouvements. Le malade a été, sous la direction de M. Lenormant, massé et mobilisé dès le premier jour par une ancienne masseuse de mon service de l'Hôtel-Dieu, Mme Boix.

Ce qui est fait banal pour moi n'est pourtant pas fait courant pour la plupart des chirurgiens, car on continue à traiter cette fracture par toutes sortes de moyens. On immobilise encore les sujets pendant des périodes de un mois à six semaines. On établit encore l'immobilisation dans l'extension. Ces deux pratiques sont à mon gré les plus mauvaises que l'on puisse imaginer.

Les chirurgiens modernes et hardis font la suture de l'olécrâne que je ne considère pas comme une pratique bien utile puisqu'on peut faire mieux, plus rapidement et sans opération.

Pour laisser immédiatement de côté tout ce qui touche à la

suture et aux opinions que je professe à l'égard de cette intervention hâtive, je tiens à faire remarquer que moi qui n'ai jamais hésité à faire d'emblée toutes les sutures de rotule, je n'ai jamais eu l'occasion de faire une suture primitive d'olécrâne. Toutes celles que j'ai faites, je les ai faites pour des cas traités par d'autres chirurgiens qui, malgré des appareils très calculés, avaient laissé subsister des difformités. C'est que c'est bien à tort que l'on a comparé la fracture de l'olécrane avec la fracture de la rotule. Ce sont des lésions essentiellement différentes et, parce que différentes, amenant des difformités pour des causes tout à fait différentes.

La surface osseuse du cubitus a une vitalité osseuse bien autrement considérable que la coupe de la rotule divisée, et ses ressources de réparation osseuse sont bien autrement puissantes.

En outre, il n'y a point entre les fragments cette interposition fibreuse si remarquable qui, pour la rotule, met habituellement à la réparation osseuse un obstacle absolu que le rapprochement en apparence le plus intime des fragments ne pourra vaincre.

La cause la plus active de la non-consolidation et de l'infirmité secondaire est certainement l'écartement des fragments, dû à la contracture du triceps brachial qui entraîne constamment en haut le fragment olécrânien. Si cette contracture maintient quelque temps écartés ces fragments qui sont écartés encore par des épanchements sanguins et séreux considérables, il vient un moment où la fusion osseuse ne peut plus se faire et la réunion fibreuse si habituelle après ces fractures se fait en dépit de la forme de l'appareil, en dépit de l'immobilisation, en dépit du supplice inutile de l'extension du membre.

Pour aucune fracture peut-être on ne prend mieux sur le fait l'action bienfaisante et rapide du massage sur la contracture musculaire.

Cette contracture après toutes les fractures joue dans les déformations le rôle le plus persistant et le plus malfaisant.

Aucun appareil ne lutte efficacement contre la contracture.

Dans certaines circonstances l'extension continue peut en avoir raison, mais avec combien de peine, combien d'artifices et toujours ce procédé restant inapplicable pour la majorité des cas.

Au contraire, le procédé si simple et si doux du massage supprime la contracture si rapidement que les effets de cette contracture disparaissent comme par enchantement, avant le début de la consolidation osseuse, avant les atrophies musculaires.

Après la fracture de la clavicule, par exemple, il est de notoriété que la difformité de cette fracture est toujours difficile à corriger. La meilleure preuve en est dans la multiplicité des appa-

reils dont les inventeurs annoncent toujours monts et merveilles et qui échouent malgré leurs complications les plus étudiées.

Si après une fracture de clavicule vous intervenez par le massage, vous constaterez que cette difformité si difficile à corriger d'abord, se corrige d'elle-même en quelque sorte. Cette contracture disparue, vous pouvez à votre gré appliquer tous les appareils que vous voudrez, tous ces appareils corrigeront facilement la difformité. Il faut si peu de chose pour faire cette correction que, pour ma part, je n'emploie dau'tre remède que les écharpes les plus simples.

La simple position dans le lit suffit à maintenir les os en bonne situation, et n'était la difficulté de ce séjour au lit, on en tirerait la meilleure condition.

Il est même fort inutile de la prolonger, car un commencement de consolidation en bonne condition est si rapide qu'on maintient aisément ensuite cette bonne position.

Pour aucune fracture peut-être l'action du massage sur la contracture n'est plus facile à déterminer et plus facile à constater que pour la fracture de l'olécrâne.

Il n'est pas rare de voir après la fracture un écart des fragments de deux ou trois travers de doigt. Il semble que le fragment olécrânien soit remonté dans le bras.

Cette condition s'accompagne toujours de douleurs, le plus souvent de douleurs vives.

Massez régulièrement deux ou trois jours de suite; la douleur tombe et vous êtes tout surpris de trouver l'olécrâne en place, tout à fait juxtaposé à l'extrémité brisée du cubitus.

Ce n'est pas seulement parce que l'épanchement qui le tenait éloigné a disparu, ce qui facilite le rapprochement, la juxtaposition des surfaces osseuses. C'est parce que le fragment cesse d'être entraîné hors sa place naturelle et revient de lui-même se juxtaposer à la surface brisée.

Ce qui caractérise l'observation que nous a présentée M. Lenormant, c'est une fracture double olécrânienne chez un homme de quarante-deux ans, fracture faite au cours d'une chute de bicyclette accompagnée d'un traumatisme considérable.

Au premier abord, il semble qu'une lésion de cet ordre commande une intervention immédiate et radicale.

Mais cette proposition ne tient pas devant l'observation quotidienne et régulière des faits de cet ordre.

J'ai vu bon nombre de ces fractures, les unes avec des déplacements bien étudiés par la radiographie, les autres avec des déplacements primitifs, des écartements de fragments si considérables qu'il n'était besoin d'aucune radiographie pour les déceler. Il y a

dix ans, je fus appelé auprès d'une dame âgée d'une quarantaine d'années qui, en faisant une chute alors qu'elle tenait un objet lourd sous son bras, se fit une luxation du coude gauche.

Je réduisis sous chloroforme cette luxation deux heures après l'accident, et constatai une fracture de l'olécrâne avec l'écartement le plus considérable que j'aie jamais observé.

Il y avait plus de trois travers de doigt d'écartement entre le fragment cubital et l'olécrâne remonté dans les parties molles.

Le premier massage fut fait immédiatement pendant le sommeil chloroformique et les massages furent continués chaque jour pendant un mois.

Aucun appareil ne fut appliqué. Une écharpe soutenant le coude permit à la malade de se lever le troisième jour.

Or, cette malade bien soignée et étudiée par le Dr Dagron et par moi-même obtint le résultat le plus parfait :

Aucun écart,
Une solidité absolue ;

la récupération des mouvements si parfaite qu'il était impossible de constater une différence entre le membre normal qui n'avait jamais subi de traumatisme et le membre blessé.

J'aurais voulu pouvoir vous apporter avec la radiographie du cas de M. Lenormant d'autres radiographies de fractures de l'olécrâne. Malheureusement, pour diverses raisons, je n'ai pu me procurer ces radiographies. Beaucoup de mes observations sont plus anciennes que la radiographie et pour les observations plus récentes le traitement est si simple, la déformation a été si évidente que n'ayant pas le radiographe à portée, nous n'avons guère fait faire de radiographies.

Aussi, celles que je joins à mon rapport ont-elles été apportées seulement pour vous dire : voici des cas bien observés pour lesquels il n'a été appliqué aucun appareil de contention et pour lesquels le résultat fonctionnel a été parfait avec une solidité absolue.

Quelques-uns de ces cas étaient très compliqués, l'un, entre autres, admirablement réparé dans lequel il y avait eu fracture de l'olécrâne et fracture de la trochlée

Pour le traitement de tous les cas de ce genre, le fait qui nous frappe par son apparence paradoxale est le suivant :

Essayez d'appliquer un appareil constricteur ; si, par des pressions ou une position difficile à maintenir, vous voulez diminuer l'écartement des fragments, vous n'arrivez qu'à un résultat médiocre au point de vue de la forme (conservation de l'écarte-

ment des fragments) et mauvais au point de vue de la fonction (insuffisance des mouvements et des muscles).

Si, ne vous préoccupant aucunement de la situation de ces fragments, vous faites le massage régulièrement, la mobilisation modérée et méthodique, sans que vous recherchiez une correction de forme, celle-ci s'accomplit spontanément et la fonction se rétablit absolument.

Ce traitement qui est d'une grande simplicité est même plus rapide que ne pourrait être aucune intervention chirurgicale immédiate, car le rapprochement spontané des fragments se fait avec une extrême rapidité.

En suivant cette conduite, en appliquant ces manœuvres faciles que j'ai toujours perfectionnées depuis trente ans, je puis dire que je n'ai jamais eu de déboires.

Le bras est mis en flexion à angle droit, la position la plus facile à conserver.

Lorsque la consolidation est obtenue, il n'est besoin d'aucune manœuvre complémentaire. La continuation des exercices d'assouplissement du bras est conseillée surtout pour les gens âgés.

J'ai été pour ma part très heureux de voir un de nos plus jeunes collègues aborder résolument ces pratiques de mobilisation.

Elles sont tellement éloignées des pratiques encore les plus habituelles de la chirurgie des fractures, que si vous voulez bien les suivre et les adopter vous devez vous attendre à des surprises de chaque jour, le progrès et la simplification de votre thérapeutique étant tels que vous ne pouvez en imaginer même une partie tant que vous resterez sous l'impression de ce que l'on peut appeler le traitement classique et séculaire des fractures.

Vous trouverez ces surprises analogues à celles que vous avez observées pour les hémarthroses et que vous observerez pour toutes les lésions articulaires.

Sans doute déjà la pratique générale de cette chirurgie des fractures est singulièrement modifiée, au moins dans la durée des appareils inamovibles. Mais vous êtes bien loin encore du but à atteindre.

Si j'insiste auprès de vous à propos de la fracture de l'olécrâne, c'est que cette fracture donne des résultats très caractéristiques. C'est qu'elle permet de saisir le mécanisme qui fait toute l'importance de la mobilisation. Lorsque vous avez affaire à des fractures plus profondément situées, siégeant sur des os beaucoup plus volumineux et plus importants, vous pouvez hésiter et craindre de ne pas trouver les choses si simples.

Pourtant le mécanisme de l'intervention est le même. Le processus de la réparation est identique et les bénéfices obtenus sont

les mêmes. La seule différence consiste en ce qu'ils sont plus cachés. Elle consiste peut-être encore en ceci, que le mouvement est plus indispensable encore pour un membre plus profondément compromis par des lésions plus étendues.

Je tiens à affirmer à M. Quénu mon opinion en matière d'éclectisme. D'abord je ne suis pas éclectique en matière de fracture de rotule. J'ai simplement dit que l'on pouvait, dans des cas très rares de fractures directes, supposer qu'il n'y avait pas d'interposition fibreuse entre les fragments et que cela permettait de comprendre le cas rarissime dans lequel une fracture de rotule non ouverte aurait donné de la réunion osseuse. Mais c'est une supposition d'un fait si rare que je n'en tiens aucun compte pratique et que, depuis bien des années, je suture toutes les rotules fracturées sans aucune exception que celle qui pourrait résulter de la contre-indication absolue de toute opération, le diabète par exemple. Il m'est arrivé autrefois de reculer à cause du mauvais état général de certain sujet, et je l'ai encore regretté.

Je ne suis donc pas plus éclectique en cela qu'en autre chose. Cela ne m'empêche de respecter la manière de voir de nos collègues et en particulier celle de M. Quénu, mon opposition à tout éclectisme ne devant représenter qu'une discussion et une opinion scientifique. Je dis que l'éclectisme ici comme ailleurs répond à une absence de méthode ou de conviction. Je suis venu vous dire : je ne suture pas l'olécrâne, parce que j'estime que le traitement sans suture est plus rapide, plus parfait, plus inoffensif, et j'affirme que la quantité d'écartement n'a aucune importance. Mes exemples sont là depuis vingt-cinq ans. Moi qui ai cherché toutes les occasions de suturer la rotule, j'avais bien quelque démangeaison d'en faire autant pour l'olécrâne. Les fractures de l'olécrâne, moins communes peut-être que les fractures de la rotule, ne sont pas rares, et j'ai dû voir dans cette période les écartements les plus prononcés. Or quelque bonne volonté que j'aie montré à la suture, je n'ai jamais trouvé une occasion de suturer une fracture récente.

Voilà le fait que je constate et qui me paraît exclure tout éclectisme en matière de traitement de la fracture de l'olécrâne. Si vous suturez encore un certain nombre de cas, c'est que vous n'avez pas la même conviction. Vous croyez encore à l'importance de l'écartement. Vous voyez donc bien que je puis vous dire que vous manquez encore des convictions qui font l'indication de la méthode, et par conséquent de cette méthode même.

Je commence par remercier mes collègues de l'attention qu'ils

ont donnée à une aussi petite question. Je répondrai à quelques interrogations et je compléterai ce que mon exposé peut avoir d'incomplet, tout en estimant que sur certains points, comme sur la fracture de rotule, nous ne pouvons guère aborder une discussion complète à laquelle je suis tout à fait disposé à prendre part, si on veut.

M. Quénu me demande si j'appuie mon opinion relative à la moindre rapidité d'une réparation d'une fracture suturée sur des faits de pseudarthrose. Certainement non. Ceux-ci seraient insuffisants à justifier cette opinion. Quoique je ne sois pas partisan de la suture immédiate des fractures récentes, comme méthode générale, j'ai eu à l'employer en quelques cas. Quoique je ne puisse lui apporter d'expériences comparatives régulières sur les animaux, j'estime que les faits que j'ai observés dans ma pratique, aussi bien que ceux que j'ai eu l'occasion d'observer dans la clientèle d'autrui, me permettent cette conclusion.

Du reste, relativement au plus ou moins de rapidité de la formation osseuse de réparation, nous avons encore beaucoup d'inconnus à aborder. Quand j'ai dit que les os que j'observais étaient réparés, c'est que je ne trouvais plus trace ni de la solution de continuité, ni de la mobilité. Je ne puis arguer d'une radiographie, puisque le cal est encore transparent, lorsqu'il est déjà très solide, et quand j'ai parlé de la solidification du foyer de fracture, c'est surtout parce que j'avais constaté la résistance à l'examen et la récupération de la fonction.

C'est précisément un point sur lequel je tiens à appeler toute l'attention de M. Quénu et de tous nos collègues, c'est la rapidité de la réparation, sous l'influence de la mobilisation et du massage. S'ils veulent bien faire une application systématique des méthodes que j'ai préconisées, ils en seront frappés comme moi. Cette réparation, sous l'influence de la mobilisation et du massage immédiat, est si rapide qu'elle peut transformer absolument les suites des fractures et surtout des fractures articulaires. Au début de mes recherches, c'est un des points qui m'ont le plus surpris.

M. Quénu pense que j'ai exagéré en taxant le traitement de la fracture de l'olécrâne par l'extension comme un supplice.

Admettons, s'il y tient, que ce mot exagère un peu ma pensée. Il ne l'exagère pourtant guère. Tous les sujets qui ont été soumis à cette extension et que j'ai interrogés ont été unanimes à se plaindre. En outre, je me permets de faire remarquer à M. Quénu qu'il lui a trouvé bien des inconvénients, puisqu'il réduit cette extension obligatoire à dix jours, alors que six semaines était la véritable durée classique de ce traitement. Dès lors, mon expres-

sion de supplice n'était pas si hors de proportion que cela.

M. Quénu ainsi que M. Delbet me disent que tout en admettant que le traitement de la fracture de l'olécrâne sans suture est acceptable, ils conservent la suture pour les grands écartements.

Mais c'est précisément ce que je leur reproche. Ma communication est faite pour leur dire : cette réserve est inutile, parce que j'ai traité ainsi les plus grands écartements et j'ai réussi sans avoir à faire une suture. C'est précisément ce que je veux leur affirmer. On me parle d'éclectisme, de choix dans l'application des cas. Mais, justement, j'estime que cet éclectisme est un manque de méthode et c'est la méthode que je préconise. C'est justement parce que, depuis vingt-cinq ans, ayant vu tous les écartements que vous pouvez imaginer, je n'ai pas trouvé un seul de ces écartements qui ait justifié une suture, que je ne puis accepter la manière de faire dont vous parlez.

M. Broca m'a fait une série de critiques relatives aux radiographies que je vous ai fait passer. J'ai pourtant pris la précaution de vous dire que je n'avais aucun fond à faire sur ces radiographies, si ce n'est pour vous apprendre qu'elles se rapportent à quelques cas dans lesquels la solidité parfaite a été constatée.

J'ai manqué de radiographies et surtout de radiographies postérieures à des traitements, pourquoi? Tout simplement parce que le traitement de toutes ces fractures de l'olécrâne a été si simple que les blessés n'entraient guère à l'hôpital. On avait déjà de la peine à les suivre. Puis quelle nécessité de la radiographie sur un sujet qui présentait un écart fragmentaire de 3 ou 4 centimètres. Nous donnions tous nos soins à des traitements qui doivent être bien suivis et les radiographies nous manquent plus que les observations. Vous pensez bien que ces trois ou quatre exemples ne représentent pas notre longue pratique. J'ai du reste des observations singulièrement plus anciennes que la radiographie et qui n'étaient pas les moins probantes.

En effet, pour tous ces cas, c'est entre les doigts que l'on voit la contracture disparaître et le fragment reprendre sa place.

Pourtant, puisque M. Broca a fait une critique sur les radiographies, je le prie de noter l'une sur laquelle il ne voit pas grand'-chose. C'est une radiographie prise sur un sujet après guérison d'une fracture de l'olécrâne, accompagnée d'une fracture de la trochlée. La réunion est si parfaite qu'il faut beaucoup d'attention pour les constater.

J'ai apporté aussi une radiographie de fracture de l'olécrâne, curieuse parce que la réparation s'est faite sans aucune sorte de traitement, la fracture ayant été parfaitement méconnue.

Il peut encore remarquer une fracture de l'olécrâne chez un

jeune sujet, radiographie prise alors qu'un appareil d'immobilisation était en place. Cette radiographie me permet de rappeler que dans la circonstance j'ai immédiatement fait défaire l'appareil et que le sujet a, comme les autres, été traité sans aucun appareil de contention.

Enfin, une seule de ces radiographies, prise immédiatement après l'accident, a trait à un écartement considérable. C'est la seule radiographie probante qu'accepte M. Broca. Il a parfaitement raison, c'est la seule que je puis donner en exemple de grand écartement. La radiographie fut faite à cause du gonflement énorme du coude qui n'empêcha pas une réparation parfaite et rapide, toujours sans suture et sans immobilisation.

J'accorderai bien volontiers à M. Broca qu'il serait plus démonstratif de lui apporter une série de radiographies faites au moment de l'accident et une autre série de radiographies faites plusieurs années après. Malheureusement pour beaucoup de raisons ce travail n'a pu être fait et je pense que la démonstration de l'excellence de la méthode peut encore se passer de cette preuve.

En défendant leur manière de faire, MM. Quénu, Delbet, Broca, me disent : Nous ne suturons que les cas à grand écartement, et c'est là la pratique de tout le monde. On ne suture pas les fragments dans les cas de médiocre écartement. Ce n'est pas ce qui se passe, car si un bon nombre de chirurgiens observent cet éclectisme, il y a des chirurgiens, et non des moindres, qui affirment la nécessité de la suture pour toutes les fractures de l'olécrâne. On a bien fait de même pour la clavicule. Pour ma part, je proteste de l'inutilité de l'une et l'autre. En vous apportant mes observations, j'ai tenu à affirmer que cette méthode présentée comme le traitement idéal des fractures de l'olécrâne ne comporte aucun avantage au point de vue de la perfection de la réparation, donne une réparation plus lente à venir et constitue une intervention qui, pour n'être pas excessivement dangereuse, a bien encore quelques aléas. Il n'est donc pas exagéré d'insister sur les mérites et la généralisation possible de la plus simple des méthodes, puisque bon nombre de chirurgiens préconisent encore la plus compliquée.

M. Monod a eu parfaitement raison de dire que la position, la mobilisation, l'absence d'efforts intempestifs de réduction contribuent à faire disparaître les contractures dans les fractures de l'humérus, et que l'on peut tirer de ces conditions des effets excellents pour la bonne guérison de ces fractures sans faire les efforts de réduction et de placements d'appareils. Si nous devions discuter les avantages de la mobilisation pour toutes les fractures, nous pourrions aborder une foule de faits probants de ce genre. Je n'ai parlé dans ce rapport que des fractures de l'olécrâne, bien

que pour toutes les fractures des faits du même genre puissent être utilisés. Mais j'ai insisté surtout pour cette fracture, parce que l'on voit et l'on sent la contracture disparaître sous les doigts. On saisit si nettement le phénomène, qu'il peut être invoqué comme une preuve de l'action immédiate et utile de la méthode.

M. Demoulin, étendant la discussion à la fracture de rotule vient affirmer que le massage et la mobilisation ne suffisent pas et que le meilleur élément du retour du membre à sa valeur est dans son fonctionnement précoce. Nous sommes tout à fait du même avis sur ce point et même pour la fracture de l'olécrâne, à la condition de ne pas exagérer les efforts ; ce fonctionnement précoce est de toute nécessité pour arriver à la perfection. Précisément, la consolidation rapide permet cette précocité du fonctionnement.

Pour la fracture de la rotule, il y a bien longtemps que je l'ai affirmé. Il y a bien longtemps aussi que j'ai montré que le massage avait, pour cette fracture, moins d'utilité que pour une autre, puisque l'articulation est évacuée et le mouvement peut être restitué immédiatement, la suture constituant un cal artificiel immédiatement solide. Je n'y insiste pas, ne voulant pas discuter la fracture de rotule.

M. Morestin et M. Demoulin ont bien voulu m'affirmer que mes idées et ma pratique du traitement des fractures sont plus répandues que je ne le pense dans la jeune école. J'en suis fort heureux et je le constate même ici, car ce rapport, il y a dix ans, n'aurait pas obtenu aussi bon accueil et je n'aurais certainement pas entendu toutes les concessions que veulent bien me faire mes collègues qui acceptent l'utilité de ma pratique pour un certain nombre de cas, tout en la rejetant pour de plus graves.

Mais je me permets précisément de leur dire encore : Ce n'est pas assez. Vous êtes pour l'éclectisme, je rejette l'éclectisme. L'éclectisme est le manque de méthode, et je tiens à ma méthode. J'estime que ce n'est pas à un certain nombre de cas que doit s'appliquer ce traitement, c'est à tous. C'est précisément parce que M. Lenormant vous a apporté un cas qui se rangeait parmi les plus graves qui lui paraissait d'emblée indiquer la suture, c'est parce qu'il a constaté que cette suture avait été inutile et que le massage avait fait mieux que cette suture n'aurait pu faire qu'il vous a présenté malade et radiographie. C'est parce que j'ai pensé que cette observation est un exemple excellent de l'opportunité de cette généralisation que j'ai accepté de faire ce rapport dans l'espoir de vous montrer la nécessité et l'utilité de la pratique.

Je ne puis accepter les réflexions de mon ami Segond sur les inconvénients de la méthode de mobilisation appliquée aux fractures, et cela pour deux motifs.

Le premier, c'est qu'il n'est pas raisonnable d'accuser une méthode de la mauvaise application qu'en font ceux qui ne la connaissent pas. Il n'y aurait plus place pour un progrès scientifique ou pratique quelconque. Un confrère m'a accusé un jour d'assassinat, parce qu'ayant voulu faire une cure radicale de hernie il avait tué son malade. Il eut grand'peine à comprendre que j'avais été le premier à donner le conseil, que bien des gens ne suivent pas, de commencer par apprendre à faire une cure radicale de hernie avant de la tenter.

J'ai assez publié de gros et de petits livres, d'articles et de revues qui sont édités en toutes langues pour que tous ceux qui veulent appliquer ma méthode puissent le faire en toute sécurité pour leurs blessés. S'ils ne s'instruisent pas, il serait injuste de le reprocher à l'auteur de la méthode et aussi injuste d'accuser la méthode elle-même.

Mais, en deuxième lieu, c'est une querelle que je ne voudrais pas voir discuter pour une autre raison.

Êtes-vous bien sûr que la méthode d'immobilisation appliquée par des maladroits ne donne pas lieu à des accidents infiniment pires que ceux auxquels vous faites allusion ?

Moi, j'irais en ce sens plus loin que vous, et si nous devons discuter ces faits ici, je vous apporterai à foison les faits dans lesquels pas de traitement du tout aurait bien mieux valu que les traitements des fractures faits avec une immobilisation rigoureuse. Ce ne seront pas des infirmes seulement que je vous citerai. J'ai vu pendant des années mourir la plupart des sujets atteints de fracture du col du fémur, parce qu'on les immobilisait. Je les ai vus définitivement infirmes, parce qu'on réduit intempestivement leurs fractures. J'ai vu, estropiés pour la vie, la plupart des sujets atteints de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; et les plus belles mains de justice que j'ai connues, je les ai vues pour des fractures insignifiantes du radius, alors que nos collègues viennent encore de vous montrer une fracture grave du radius, suivie d'un excellent résultat fonctionnel, malgré l'absence de la réduction et grâce à la mobilisation.

Dites donc avec nous que le traitement de la fracture par la mobilisation n'est pas le rien faire, que ce traitement, comme toute pratique en ce monde, demande de l'étude et du soin ; mais ne venez pas jeter l'alarme à propos des traitements par la mobilisation, car le seul jeu des réductions intempestives et des immobilisations prolongées, au cours de traitements parfaitement

réguliers et parfaitement classiques, a fait plus de mal que n'en feront jamais les applications maladroites de la mobilisation, à ce point que, pour bien des cas, j'ai pu dire que l'absence de tout traitement avait mieux valu qu'un traitement classiquement fait.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 1923.